التعفنات التنفسية السفلية المتكررة

إقبال بلخو[1,2]، فاطمة عدنان[1,2]، عبد الرحمن الرامي[2]،أحمد عزيز بوصفيحة[1,2]

1. وحدة الأمراض المعدية والمناعة السريريةP1، مستشفى الأطفال عبد الرحيم الهاروشي- المستشفى الصحي الجامعي ابن رشد، الدار البيضاء - المغرب.

2. مختبر البحث في المناعة السريرية والالتهاب والأرجية (LICIA) - كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء، جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء- المغرب.

الطبيبة إقبال بلخو

مقيمة، طب الاطفال

قسم الأمراض التعفنية والمناعية، مشفى الأم و الطفل عبد الرحيم الهاروشي،المشفى الجامعي ابن رشد.

مختبر المناعة السريرية والإلتهاب و الأرجية، كلية الطب و الصيدلة، جامعة الحسن الثاني. الدار البيضاء، المغرب..

مقدمة

لا تزالالعداوى التنفسية السفلية المتكررة (ت.ت.س.م) (infections récurrentes des voies respiratoires inférieures) من أكثر مسبباتالمراضة والوفيات لدى الأطفال دون سن الخامسة وخارج فترة الولادة[1].وبالرغم من الانخفاض الكبير في عواقبومخلفات هذه العداوى على مدى العقود الماضية بفضل تحسنالتلقيح والتغذية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي بالإضافة إلى السيطرة على وباء فيروس العوز المناعي البشري، إلا أن تأخر تشخيص وعلاج مسبباتت.ت.س.ميُخلّف عواقب صحية وخيمة، تتمثل أساسا في القُصاب (توسع القصبات الهوائية (dilatation des bronches)). ولتفادي هذه الأضرار، ينبغي جمع المعطيات السريرية بدقة لتحديد المسببات والبدء بالتدخل العلاجي المبكر.

وتعرف العداوى التنفسية السفلية المتكررة بحدوث ثلاث نوبات أو أكثر سنويامن الأمراض التالية: ذاتالقصيبة (Bronchiolite) و/أو ذات القصبة (Bronchite) و/أو ذات الرئة (Pneumonie). ويجب توثيق كل النوبات سريريا أو إشعاعيا مع التشخيص التفريقي للعلامات السريرية كالكحة وغيرهاوتأكيد تكرارها بحدوث نوبة حادةتستمرلأقل من شهر مع وجود أسبوع على الأقل بين نوبتين بدون علامات[2].

ويهدف هذا المقال إلى اقتراح توجيهات للكشف المبكر عن مسبباتت.ت.س.ممع التأكيد على تربية علاجية جيدة للأسرة والطفل.

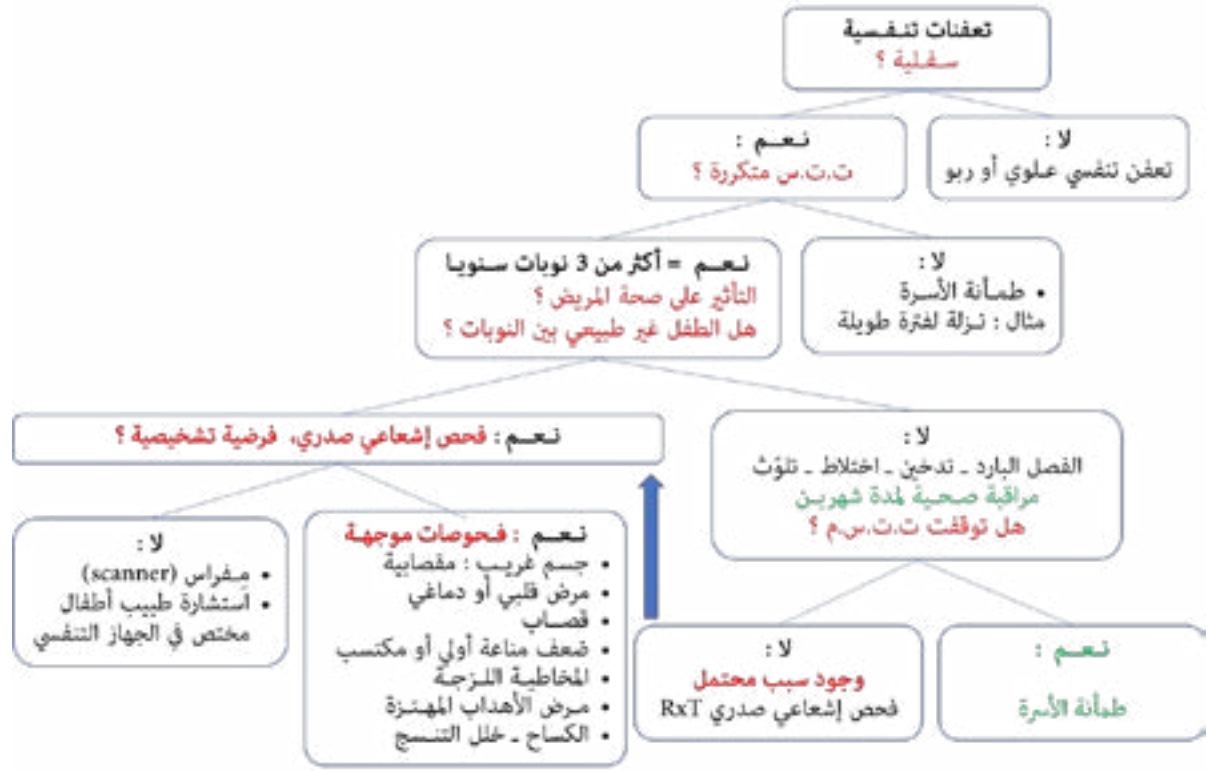
وبائيات:

يصاب حوالي 25٪ من الأطفال في السنة الأولى من الحياةبعداوى تنفسية متكررة[3]و 6٪ من الأطفال خلال السنوات الست الأولى من العمر[2]. وفي معظم الحالات، تحدث هذه العداوى بمظاهرسريرية خفيفة مع انخفاضتكرر النوباتمع مرور الوقت واختفائها بحلول سن 12 عامًا. ومع ذلك، فإن هذهت.ت.س.م تقلّل بشكل كبير من جودة حياة الطفل والأسرة وتؤدي إلى تكاليف طبية واجتماعية كبيرة.

وتشير أهم الدراسات الوبائية إلى أنه قبل سن التمدرس، يصاب الأطفال بـ 5 إلى 10نزلات بـرد فيروسية في السنة[4]. كما بين بحثان آخران وجود 8.7% حالة ت.ت.س.م من بين 1360 طفل تم تتبعهم لمدة 10 سنوات.وفي البحث الثاني الذي شمل 2900 طفل مصاب بذات الرئة (Pneumonie) في مستشفى طرونطولوحِظوجود 232 حالة ت.ت.س.م أي ما يعادل 8%من إجمالي حالات ذات الرئة،وقد تم تحديدالمسببات عند 58حالة[5].

وفي تجربتنا الخاصة، فقد قمنا ببحث رجعي (rétrospective) عند 150 طفل مصاب بـ ت.ت.س.م، وتبين أن لدى 37.5% من المرضى ضعف مناعة أولي (deficit immunitaire primitif) ولدى 1% منهم ضعف مناعة ثانوي (إصابة بفيروس العوز المناعي البشري)، بينما لم يوجد أي عوز مناعي عند 61.5% المتبقين..

الجدول 1 : التوجيه السريري لأهم مسببات ت.ت.س.م:	
الأمراض	**العلامات**
عجز حركي دماغي	اضطرابات البلع
مرض الأهداب المهتزة (dyskinésie ciliaire vibratile)	ت.ت.س.ممنذ الولادة + ثر أذني وأنفي وقلب يمني
المخاطية اللزجة (mucoviscidose)	ت.ت.س.م+ إسهال + تأخر النمو
ضعف مناعي أولي أو مكتسب	ت.ت.س.م+ إسهال + عداوأخرى متكررةومزمنة
القصاب (dilatation des bronches)	ثر قصبي (Bronchorrhée) أو ربو مستعصي
ناسور (Fistule trachéo-bronchique)	الاختناق وقت الرضاعة وصعوبة البلع
خلل التنسج القصبي الرئوي(dysplasie bronchopulmonaire)	الكساح (Rachitisme)
أمراض القلب أو أمراض جهازية (maladies systémiques)	علامات خاصة أخرى



الشكل 1 : الشجرة التقريرية لتوجيه التشخيص السببي لت.ت.س.م

أهمية الفحص السريري الأول في التوجيه نحو المسببات:

عند الاستشارة عن ت.ت.س.م، يكون الطبيب أمام وضعيتين:

1. حالة الطفل جيدة وهنا يجب تركيز البحث للكشف عن مسبباتالعداوى المتكررة مبكرا قبل تدهور الحالة (الشكل 1).

2. هناك انعكاسات على الحالة العامة للطفلكتأخر النمو أو القصور التنفسي: إن لم يكن السبب معروفا، يجب البحث عنه عبر العلامات المرافقة للعداوى التنفسية السفلية المتكررة، كما يبين ذلك الجدول رقم 1.

الفحص الإشعاعي لمسببات التعفنات التنفسية السفلية المتكررة:

تختلف أسباب ت.ت.س.م باختلاف موضع العلامات الاشعاعية، إما أنها تكون في نفس الموضع أو في مواضع متغيرة أو متعددة.

1. في حال وجود العلامات الاشعاعية في نفس الموضع، غالبا ما تكون المسببات كالتالي:

- متلازمة الفص المتوسط (syndrome du lobe moyen)،
- انسداد مجرى الهواء الموضعي (obstruction) بالسدادة المخاطية (bouchon muqueux) أو السد الداخلي للقصبة الهوائية أو وجود جسم غريب أو تضيق موضعي (sténose localisée)،
- الضغط الموضعي (compression localisée) بسبب حلقة وريدية (arc vasculaire) أو عقادة (adénopathie) أو كتلة مَنصِفيّة (masse médiastinale) أو مرض متني (parenchymateux) موضعي (قصاب موضعي).

2. في حالة وجود علامات إشعاعية في مواضع مختلفة ومتكررة غالبا ما تكون الأسباب إما المخاطية اللزجة (Mucoviscidose) أو القصاب أو مرضالأهداب المهتزة أو ضعف المناعة أو الناسور (fistule) أو الارتجاع المعدي (reflux gastrique).

المضاعفات الأساسية للعداوى التنفسية السفلية المتكررة

إن أهم المضاعفات الرئوية هي توسع القصبات الرئوية (القصاب:DDB)، كما أن هذه ت.ت.س.م يمكن أن تؤثر على نمو الطفل ونشاطه. وسنركز هنا على أهمية التشخيص المبكر للقصاب.

1. تشخيص القصاب ومراحله

فإن كان الفحص المقطعي (المِفراس (scanner)) هو المعيار الأساسي لتشخيص القصاب فإن هناك ثلاث حالات سريرية تتوافق مع الفحص المقطعي[6]:

- سعال رطب أو منتج ومستعصٍ على العلاج بالضدحيلاجية (antibiothérapie) لمدة 4 أسابيع،
- ذات القصبة (bronchite) الجرثومية المتكررة لأكثر من 3 مرات في السنة،
- سعال مستمر لأكثر من 3 أسابيع بعد الاستشفاء من ذات القصيبة (bronchiolite).

2. المراحل السريرية للقصابو المقطاعية الصدرية

يتم تأكيد القصاب عبر المِفراس، حيثيتم قياس وحساب مؤشر القصبة على الشريان (rapport broncho-artériel) والذي يكون أكبر من0,8. وهكذايمكن للطبيب أن يحدد ثلاث مراحل للقصاب وهي: المرحلةقبل القصابومرحلة القصاب المفراسي ومرحلة القصاب الدائم[7].

تدبير التعفنات التنفسية السفلية المتكررة:

إلتدبير حالة ت.ت.س.م يجب أولا طمأنة الأسرة وتجنب إعطاء الضدحيلاجيةوالموسعات القصبية بدون سبب. كما يجب في حالة استمرار ذات القصبة لأكثر من 3 أسابيع وصفدواء كوتريموكسازول (co-trimoxazole) لمدة أسبوعين. لكن العلاج الأساسي هو التدبير المبكر والجيد لأسباب ت.ت.س.م مع العناية بالتربية العلاجية. وفي بعض الحالات يتم اقتراح المعدِّلات المناعية ((immunomodulateurs)) التي لا زالت طور الدراسة[8].

المراجع

1. Collaborators, G.B.D.L.R.I., Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Infect Dis, 2018. 18(11): p. 1191-1210.
2. de Martino, M. and S. Ballotti, The child with recurrent respiratory infections: normal or not? Pediatr Allergy Immunol, 2007. 18 Suppl 18: p. 13-8.
3. Toivonen, L., et al., Burden of Recurrent Respiratory Tract Infections in Children: A Prospective Cohort Study. Pediatr Infect Dis J, 2016. 35(12): p. e362-e369.
4. de Benedictis, F.M. and A. Bush, Recurrent lower respiratory tract infections in children. BMJ, 2018. 362: p. k2698.
5. Owayed, A.F., D.M. Campbell, and E.E. Wang, Underlying causes of recurrent pneumonia in children. Arch Pediatr Adolesc Med, 2000. 154(2): p. 190-4.
6. Goyal, V., et al., Does failed chronic wet cough response to antibiotics predict bronchiectasis? Arch Dis Child, 2014. 99(6): p. 522-5.
7. McCallum, G.B., et al., Risk factors for adverse outcomes of Indigenous infants hospitalized with bronchiolitis. Pediatr Pulmonol, 2016. 51(6): p. 613-23.
8. Esposito, S., et al., Nonspecific immunomodulators for recurrent respiratory tract infections, wheezing and asthma in children: a systematic review of mechanistic and clinical evidence. Curr Opin Allergy Clin Immunol, 2018. 18(3): p. 198-209.